VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI DO SPRAW KONTROLI PAŃSTWOWEJ (NR 67)**

z dnia 26 października 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (nr 67)

26 października 2017 r.

Komisja do Spraw Kontroli Państwowej, obradująca pod przewodnictwem posła **Wojciecha Szaramy (PiS),** przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji Finansów Publicznych rządowego projektu ustawy budżetowej na rok 2018 w zakresie części budżetowej 07 – Najwyższa Izba Kontroli – kontynuacja;

– rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli przygotowania i wdrożenia pakietu onkologicznego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Krzysztof Kwiatkowski** prezes Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Katarzyna Głowala** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami oraz **Wojciech Wiśniewski** rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Tadeusz Cieśluk, Tadeusz Oset** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Otwieram posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. Proponuję, żebyśmy w pierwszym punkcie posiedzenia dokończyli sprawy projektu ustawy budżetowej w zakresie części budżetowej 07 – Najwyższa Izba Kontroli. Nie ma głosów przeciwnych? Nie ma. Przystępujemy do realizacji porządku obrad i punktu, w którym rozpatrzymy projekt ustawy budżetowej.

Na wczorajszym posiedzeniu Komisji zostały przedstawione poprawki. Pan poseł Dziuba skorygował te poprawki. Może jeszcze raz pan je wymieni. Pierwsza poprawka…

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Proponowałem również czwartą. Poprawki są następujące: zmniejszyć wynagrodzenia bezosobowe, czyli w § 4170 o 250 tys. zł, zmniejszyć kwotę na podróże służbowe zagraniczne – § 4420 o 500 tys. zł oraz zmniejszyć projektowane wydatki na szkolenie pracowników – § 4700 o 700 tys. zł.

Przypomnę, że uzasadnieniem było to, że w stosunku do wydatków ponoszonych w kilku ostatnich latach, w 6 poprzednich latach, wydatki w projekcie budżetu na 2018 r. zostały wyraźnie przeszacowane.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Wczoraj słyszeliśmy uzasadnienie.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Tak jest. Jeśli można, to skończę. Wskazywałem też czwartą pozycję – podróże służbowe krajowe (§ 4410) i zmniejszenie o 400 tys., ale moglibyśmy, i tak proponuję, odstąpić od tego wniosku, ale pod pewnym warunkiem. Warunek następujący: te pieniądze są przeznaczone m.in. na opłaty dla pracowników za wykorzystywanie prywatnych samochodów do służbowych podróży. Często dziesiątki kilometrów. Bywa, że i 150 km od miejsca zakwaterowania. Pozwala to uniknąć wydatków związanych z noclegami. Ten zwrot kosztów następuje na podstawie – tego nie wiem – rozporządzenia pana prezesa czy jakiejś decyzji wewnętrznej w NIK-u na określonym dziś poziomie.

Odstąpienie od tej poprawki jest możliwe w przypadku, gdyby kwoty zwrotów za użytkowanie prywatnych pojazdów do celów służbowych zostały w NIK-u podniesione. Według mojej wiedzy za samochody o mniejszej pojemności zwracają państwo 45 gr za kilometr. Proponuję żeby pan prezes zdecydował się na podniesienie tej kwoty do 51 gr.

To jest kwota mniejsza od limitu określonego odpowiednim rozporządzeniem. Zwroty za przejazdy samochodami o większej pojemności to w tej chwili 70 gr za kilometr. Proponuję, by pan prezes podniósł to do 81 gr. To również jest kwota mniejsza od określonej rozporządzeniem.

Zwiększona kwota na podróże krajowe trafiłaby bezpośrednio do kontrolerów. Oczywiście, panie prezesie, umowa w tej kwestii musi być honorowa, bo nie jesteśmy w stanie wprowadzić takiej poprawki do projektu budżetu. Jeśli pan prezes złoży taką deklarację, to nie ponowię propozycji dotyczącej korekty w tej pozycji.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dziś mamy zgłoszone trzy poprawki. Dobrze. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos? Proszę państwa, wczoraj ta sprawa była dyskutowana. Proponuję, żebyśmy łącznie przegłosowali te trzy poprawki.

Proszę, pan prezes.

Prezes Najwyższej Izby Kontroli Krzysztof Kwiatkowski:

Panie przewodniczący, w kontekście wypowiedzi pana posła. Jeśli pan poseł chciałby poważnie potraktować kontrolerów, to złożyłby pan wniosek o zwiększenie budżetu i wtedy chętnie złożę wniosek o podwyższenie stawki. Składając wniosek o obniżenie budżetu instytucji, składając jednocześnie wniosek o podwyższenie wozokilometra, jest niepoważne wobec pracowników instytucji, którą reprezentuję i bardzo cieszę się, że w Internecie jest relacja z tego posiedzenia, bo będzie można wyrobić sobie pogląd co do powagi tego wniosku, który został złożony i przedstawiony.

Jeśli chodzi o służbowe podróże zagraniczne, to przypomnę, że w projekcie budżetu sami określiliśmy go na niższym poziomie niż tegoroczne wykonanie – niższym o 58 tys. zł. Przypomnę także, że Najwyższa Izba Kontroli jest szczególnie aktywna w relacjach z państwami, które aplikują do Unii Europejskiej. Jest to w jakiś sposób zbieżne z ogólną wizją polityki zagranicznej RP. Realizujemy wiele programów szkoleniowych na Ukrainie, w Gruzji, Mołdawii.

Najwyższa Izba Kontroli wykonuje obowiązki wiceprzewodniczącego Europejskiej Organizacji Najwyższych Organów Kontroli (EUROSAI). W związku z tym zgłoszenie wniosku o zmniejszenie budżetu – i to radykalnie – jest po prostu niewykonalne. Nie chcę powiedzieć, że nieracjonalne, ale powiem, że niewykonalne.

Jeżeli chodzi o szkolenie pracowników, często sami państwo podkreślają, że oczekują na materiały na jak najwyższym poziomie: syntetyczne, analityczne. Składanie wniosku o obniżenie budżetu, którego środki mają służyć budowaniu jakości tych pracowników, organizacja szkoleń, które mają dawać im dodatkową wiedzę, to uważam, że ten wniosek również jest nieuzasadniony.

Jest to sytuacja identyczna z tą, która dotyczy wynagrodzeń bezosobowych, bo państwo muszą wiedzieć, co kryje się pod tym paragrafem. To są pieniądze na opinie biegłych i ekspertów, które uzupełniają wyniki kontroli.

Przypomnę, że projekt budżetu, który przedstawiliśmy państwu, z informacji, które posiadam, wynika, że jesteśmy jedyną instytucją publiczną, która przedstawiła projekt budżetu na 2018 r. w oparciu o budżet z roku 2017. Naprawdę bardzo poważnie i odpowiedzialnie traktujemy Komisję. Chcieliśmy uniknąć sytuacji z poprzedniego roku, kiedy obniżali państwo nasz budżet. Taka sytuacja zawsze jest dyskomfortowa dla obydwu stron.

Jesteśmy po wielogodzinnych spotkaniach w NIK-u. Było wiele niewdzięcznych sytuacji, w których musiałem „wycinać" rożne propozycje wydatków poszczególnych jednostek organizacyjnych NIK-u, żeby w odpowiedzialny, racjonalny i rzeczowy sposób przedstawić państwu projekt, który nie zakłada żadnego, literalnie żadnego wzrostu

wydatków w stosunku do tego roku. Przypomnę, że z tego co wiem, jesteśmy jedyną instytucją publiczną w tym kraju, która przedstawiła taki projekt.

Z tego właśnie powodu wnioskuję o to, żeby pozytywnie zaopiniować projekt budżetu NIK-u przedłożony Komisji. Zapewniam państwa, że wydatki są dostosowane do realnych potrzeb, a nawet w stosunku do nich ograniczone. Przypomnę zeszłoroczną dyskusję. Wtedy, po oszczędnościach, które państwo zaproponowali, mówiliśmy, że zrobimy to, przesuwając np. pewne zadania inwestycyjne na kolejny rok.

Jeśli dochodzimy do sytuacji, o której państwo wiedzą, że musimy realizować zadania inwestycyjne związane z pewnymi ekspertyzami technicznymi… Nie chcę być Kasandrą i opowiadać o sytuacjach związanych np. z garażem w centrali, bo od tej inwestycji nie uciekniemy. Pokazuję, jak polityka przesuwania wydatków inwestycyjnych w pewnym momencie się kończy. Dlatego bardzo gorąco proszę państwa posłów o rozważenie poparcia dla projektu budżetu w brzemieniu przedłożonym na posiedzenie Komisji.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dziękuję. Ponieważ nie było sprzeciwu wobec łącznego głosowania poprawek zgłoszonych przez pana posła Dziubę, wobec tego przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawek? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Sekretarz Tadeusz Cieśluk:

5 głosów za, 1 głos przeciw, brak głosów wstrzymujących się.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dziękuję bardzo. Przechodzimy do drugiego punktu naszych obrad – rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli…

Po przyjęciu poprawek prosiłbym o przegłosowanie opinii na temat rządowego projektu budżetu w zakresie części budżetowej 07. Kto jest za pozytywnym zaopiniowaniem rządowego projektu ustawy budżetowej na rok 2018 w zakresie części budżetowej 07 – Najwyższa Izba Kontroli wraz z przyjętymi poprawkami? Proszę o podniesienie ręki. Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Jedna osoba się wstrzymała.

Sekretarz Tadeusz Cieśluk:

Podam wyniki głosowania opinii Komisji. 5 głosów za, brak głosów przeciw, 1 głos wstrzymujący się.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Jest jeszcze kwestia wyboru posła, który będzie prezentował nasze stanowisko na posiedzeniu Komisji Finansów Publicznych. Proponuję, żeby to stanowisko przedstawił pan poseł Tadeusz Dziuba. Czy ktoś jest przeciw? Nie. Czy pan, panie pośle, zgadza się?

Stwierdzam, że Komisja upoważniła pana posła Tadeusza Dziubę do przedstawienia opinii na posiedzeniu Komisji Finansów Publicznych. Czy jeszcze coś w tej sprawie?

Przechodzimy do drugiego punktu porządku posiedzenia – rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli przygotowania i wdrożenia pakietu onkologicznego.

Proszę przedstawiciela NIK-u o zabranie głosu.

Prezes NIK Krzysztof Kwiatkowski:

Panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Jeszcze sekunda. Witam oczywiście pana prezesa, wiceprezesa i współpracowników NIK-u. Jest z nami również pani Katarzyna Głowala – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami i pan Wojciech Wiśniewski – rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA. Proszę bardzo.

Prezes NIK Krzysztof Kwiatkowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, Najwyższa Izba Kontroli z własnej inicjatywy zbadała przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego, a więc regulacji prawnych wprowadzających tzw. szybką terapię onkologiczną.

Dlaczego? Chyba nikogo w tym gronie nie trzeba przekonywać o ważkości problemu, jakim są choroby nowotworowe, problemu w wymiarze społecznym, bo każdego roku, biorąc pod uwagę liczbę zgonów, tracimy miasto wielkości Legnicy. Mówię oczywiście o zgonach, które są następstwem choroby nowotworowej. Tutaj musimy pamiętać o pewnej specyfice i wyjątkowości chorób nowotworowych. To jest taki osobisty dramat. Poczucie zagubienia zwykłego człowieka, który musi zmierzyć się z chorobą budzącą lęk.

Ta kontrola była dla mnie wyjątkowa. Jestem osobą po długotrwałym leczeniu onkologicznym, po dwukrotnym autoprzeszczepie szpiku. Wiem, z jakimi doświadczeniami i dramatami osobistymi przychodzi się zmierzyć osobom, które muszą walczyć z taką chorobą.

Kontrolą objęliśmy lata 2015–2016, a także okres opracowywania pakietu w 2014 r. W badaniach kontrolnych uczestniczył departament zdrowia, stąd obecność pana dyrektora Wasilewskiego, który za chwilę przedstawi szczegółową prezentację.

Kontrolę nadzorował pan prezes Mieczysław Łuczak, a w tę kontrolę dodatkowo zaangażowanych było sześć delegatur izby w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim i wielkopolskim. Kontrolowaliśmy również Ministerstwo Zdrowia, centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, a także 25 podmiotów leczniczych, świadczących usługi medyczne chorym onkologicznie.

Co kontrolowaliśmy? Celem kontroli było dokonanie oceny, czy doszło do skrócenia czasu oczekiwania na diagnozę i rozpoczęcie terapii onkologicznej, czy nastąpiła poprawa w zakresie kompleksowości świadczeń oraz koordynacji ich udzielania, a także czy wprowadzenie pakietu onkologicznego miało wpływ na finanse świadczeniodawców oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, a przede wszystkim jaki miało wpływ na dostęp do świadczeń dla wszystkich pacjentów, również pacjentów chorych onkologicznie nieobjętych pakietem.

Będą tu państwo mieli obraz niejednolity, trochę dualistyczny. Z ustaleń kontroli wynika, że realizacja pakietu onkologicznego skróciła oczekiwanie na udzielenie świadczenia dla pacjentów z wystawioną Kartą Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Czyli ci, którzy weszli w system tzw. szybkiej ścieżki leczenia onkologicznego, czas diagnozy i rozpoczęcia leczenia uległ dla nich skróceniu.

Tutaj drugi fragment naszej kontroli. Jednakże kartę stanowiącą swoistą przepustkę dla szybkiej diagnostyki i terapii uzyskała tylko część pacjentów, którzy ze względu na rozpoznanie kwalifikowali się do jej otrzymania. Ponadto dostęp do świadczeń w ramach pakietu ograniczał fakt, że jedynie część podmiotów leczniczych, które udzielają świadczeń onkologicznych w ramach pakietu, podpisała umowę o ich realizacji, a spośród nich nie wszystkie faktycznie wykonywały takie umowy.

Wprowadzenie pakietu onkologicznego z jednej strony poprawiło sytuację pacjentów objętych pakietem, a z drugiej strony, jak za chwilę państwo się przekonają, miało niestety trochę inny wpływ na innych pacjentów chorych onkologicznie, niż byśmy chcieli.

Jeszcze jedna ważna informacja z informacji wstępnych. Wprowadzenie pakietu nie doprowadziło do istotnego zwiększenia nakładów na leczenie onkologiczne, pomimo zniesienia limitów na świadczenia udzielane w ramach pakietu onkologicznego. Wśród powodów takiego stanu należy wymienić przede wszystkim ograniczenie dostępu do pakietu grupie uprawnionych osób. Powodem była także niska wycena pakietów diagnostycznych, która w wielu wypadkach nie pokrywała rzeczywistych kosztów świadczeń, zwłaszcza w skomplikowanych przypadkach.

Jedną z przyczyn nieosiągnięcia celów zakładanych w pakiecie onkologicznym był sposób wprowadzenia tych regulacji oraz niewystarczająca analiza możliwych skutków przyjmowanych rozwiązań. Mówimy także o obowiązkach biurokratycznych związanych z korzystaniem z systemu szybkiej ścieżki i nałożonych na lekarzy.

Ten wstęp chciałbym zakończyć optymistycznie. Kiedy patrzę na panią minister, chciałbym państwu podziękować, pogratulować wprowadzonych zmian, które weszły w życie 1 lipca 2017 r. Te zmiany były w stu procentach zbieżne z naszymi rekomendacjami, które przedstawiliśmy w toku kontroli. Mogę powiedzieć, że proces obejmowania pacjentów pakietem onkologicznym w wyniku wprowadzonych zmian uległ znaczącej

poprawie i to jest ten kierunek, że kiedy za kilka lat będziemy patrzeć na następstwa pakietu onkologicznego, to będzie nas to skłaniać do coraz bardziej pozytywnych ocen.

Dziękuję. Tyle z mojej strony tytułem wstępu. Oddam głos panu dyrektorowi Wasilewskiemu. Jest z nami także koordynator kontroli. Przedstawimy szczegóły, które dla państwa mogą być niezwykle interesujące.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Proszę.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli Piotr Wasilewski:

Dziękuję bardzo. Pan prezes, wymieniając przyczyny podjęcia kontroli, powiedział, że nowotwory złośliwe stanowią bardzo istotny, poważny problem epidemiologiczny, a skuteczna walka z nimi jest istotnym wyzwaniem stojącym przed systemem ochrony zdrowia w naszym kraju.

Nowotwory złośliwe to druga przyczyna zgonów w Polsce, a przeżywalność pacjentów onkologicznych jest uzależniona przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu złośliwego w możliwie najwcześniejszym jego stadium.

Jeżeli spojrzymy na dane liczbowe przedstawione na slajdzie, to możemy zauważyć, że w 1999 r. na nowotwory złośliwe zachorowało niemal 112 tys. osób, a liczba zgonów z tego powodu wyniosła 81 611 osób. Jeżeli spojrzymy na rok 2014, to liczba zachorowań wynosi 159 tys., natomiast ponad 95,5 tys. osób zmarło z powodu nowotworu złośliwego. Jak widzimy, nastąpił wzrost liczby zachorowań o ponad 42% rocznie oraz zgonów o ponad 17%. Jeżeli chodzi o prognozy, to prognozowany wzrost zachorowań do 2025 r. to jest ok. 185 tys. przypadków rocznie, czyli, jak widzimy, jest to istotny problem epidemiologiczny w nadchodzących latach.

Jeżeli spojrzymy na analizę wskaźników 5-letnich przeżyć osób z rozpoznaną chorobą nowotworową, to możemy zauważyć, że mimo pewnego postępu, który dokonał się w ostatnich latach, Polska odstaje od wielu rozwiniętych krajów europejskich.

Jeżeli spojrzymy na prognozowany model leczenia nowotworów w Polsce na lata 2015–2024, to mamy pewną diagnozę systemową. Jedną z największych słabości jest przewlekły i pofragmentowany proces diagnostyczny. W naszym kraju trwa zbyt długo i jest słabo skoordynowany. Pakiet onkologiczny został wprowadzony w celu przyśpieszenia diagnozowania pacjentów oraz zapewnienia kompleksowego leczenia chorób nowotworowych w naszym kraju.

Upraszczając, funkcjonowanie tego pakietu sprowadzało się do czterech podstawowych etapów. W przypadku podejrzenia wystąpienia choroby nowotworowej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przyznawał pacjentowi Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, uprawniającą do uzyskania świadczeń w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Na kolejnym etapie lekarz specjalista w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, uwzględniając informacje zgromadzone przez lekarza POZ, kierował pacjenta na wstępne badania diagnostyczne.

Badania miały na celu potwierdzić albo wykluczyć nowotwór i pacjent, u którego stwierdzono nowotwór, był kierowany na pogłębioną diagnostykę w celu zdefiniowania stopnia zaawansowania nowotworu i w konsekwencji określenia miejsc i liczby przerzutów oraz zakwalifikowania do leczenia onkologicznego.

Na czwartym etapie odbywa się konsylium onkologiczne, które ustalało plan leczenia i następnie pacjent rozpoczynał leczenie onkologiczne. Tutaj należy zauważyć, że jeżeli chodzi o wystawianie Kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego w przypadku lekarza specjalisty w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, mógł on wystawić kartę dopiero wtedy, kiedy miał pacjenta z definitywnie rozpoznanym nowotworem. Podobnie w leczeniu szpitalnym.

Cel naszej kontroli. Jak powiedział pan prezes, celem była ocena, czy w wyniku wprowadzenia pakietu onkologicznego poprawiła się skuteczność leczenia i nastąpiło skrócenie czasu oczekiwania, poprawa kompleksowości udzielanych świadczeń, wreszcie czy wprowadzenie pakietu miało wpływ na funkcjonowanie i finanse świadczeniodawców, a także dostęp innych pacjentów do świadczeń.

Jak wspomniał pan prezes, kontrolowaliśmy Ministerstwo Zdrowia, centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, 25 podmiotów leczniczych. Warto dodać, że były to podmioty zróżnicowane ze względu na rodzaj prowadzonej działalności: 6 podmiotów to byli świadczeniodawcy w ramach POZ, natomiast 19 było szpitalami, w tym 7 dużych szpitali onkologicznych i 12 szpitali w miastach powiatowych.

Nasza ogólna ocena jest taka, że skróciło się oczekiwanie na świadczenia. Pacjentom wystawiano karty leczenia onkologicznego, co z pewnością jest pozytywnym aspektem, natomiast nie nastąpiła istotna poprawa w pozostałych obszarach. Chodzi o zapewnienie dostępu do pakietu dla wszystkich pacjentów, którzy ze względu na rozpoznanie byli uprawnieni do leczenia w ramach szybkiej ścieżki, postawienia precyzyjnej diagnozy, konsekwencje stosowania optymalnych procedur terapeutycznych.

Jak dalej pokażemy, nie wszystkie podmioty mogły właściwie zapewnić te procedury. Wreszcie kompleksowość i jakość udzielanych świadczeń. Jak mówiłem, realizacja pakietu skróciła czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia. Z naszych danych wynika, że w okresie od 1 stycznia do 20 listopada 2016 r. 53,5% pacjentów rozpoczęło leczenie w ciągu 7 tygodni od dnia wystawienia KDiLO. Dlaczego tak się działo? Dlatego, że świadczeniodawcy mieli określone terminy. Musieli wykonać diagnostykę. Przypomnę, że w 2015 r. było to 35 dni, w 2016 r. 28 dni w przypadku wykonywania diagnostyki onkologicznej i 28 dni na wykonanie tzw. diagnostyki pogłębionej. W przypadku kiedy diagnostyka nie została zrealizowana w tym terminie, poziom finasowania diagnostyki ulegał skorygowaniu do poziomu 70%.

Jeśli chodzi o naszą kontrolę w poszczególnych jednostkach, to skrócenie oczekiwania nastąpiło we wszystkich 33 analizowanych poradniach i pracowniach oraz w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. W przypadku 15 poradni i pracowni świadczenia w ramach pakietu były udzielane na bieżąco, podczas gdy w przypadku pozostałych pacjentów, którzy nie zostali zakwalifikowani do pakietu, czas oczekiwania w I kwartale 2015 r. wynosił od 12 dni w poradniach chirurgii dziecięcej, do nawet 169 dni w przypadku poradni endokrynologicznej.

Jeśli chodzi o oddziały szpitalne, to również w przypadku wszystkich analizowanych 25 oddziałów szpitalnych czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia przez pacjentów objętych pakietem był krótszy niż czas oczekiwania na uzyskanie świadczeń w trybie planowym.

To, co może budzić zaniepokojenie, to fakt, że czas oczekiwania na niektóre świadczenia przez pacjentów pozapakietowych uległ wydłużeniu. Tak było w przypadku tomografii komputerowej. Dla przypadków pilnych ten czas wydłużył się z 12 dni w I kwartale 2014 r. do nawet 24 dni w II kwartale 2016 r., dla przypadków stabilnych – z 47 do 68 dni.

Podobna sytuacja dotyczyła pracowni rezonansu magnetycznego. Na slajdzie pokazujemy, że ten czas wydłużył się z 30 do 70 dni w przypadkach pilnych, a w przypadkach stabilnych – z 95 do 163 dni.

W okresie objętym kontrolą nie było możliwości wystawienia KDiLO przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w sytuacji podejrzenia nowotworu złośliwego, co miało negatywne konsekwencje dla pacjentów. Lekarz mógł wystawić tę kartę dopiero po definitywnym stwierdzeniu, że mamy do czynienia z nowotworem, co często wiązało się z wykonaniem biopsji. Ustalenia kontroli przeprowadzonej w podstawowej opiece zdrowotnej wykazują, że występowały przypadki, kiedy z polecenia innych lekarzy do lekarzy POZ zgłaszali się pacjenci w celu wystawienia KDiLO. Zgłaszali się również pacjenci z wcześniej wykonaną diagnostyką. Pacjenci musieli wykonać tę wstępną diagnostykę poza pakietem, co często wiązało się z wydłużonym oczekiwaniem.

W okresie, który badaliśmy proces diagnostyczny w ramach pakietu onkologicznego, jak tu pokazujemy, odbywał się głównie w szpitalu. 40% KDiLO zostało wystawionych w leczeniu szpitalnym, a więc w stosunku do pacjentów, którzy mieli już rozpoznaną chorobę nowotworową, mimo tego, że założenie było takie, że główny ciężar ma spoczywać na lekarzach POZ, którzy wystawią kartę w przypadku podejrzenia choroby i szybko zdiagnozują pacjenta. W jednostkach POZ wystawiono 33% Kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.

To, co było wadą tych rozwiązań, to fakt, że dostęp do świadczeń udzielanych w ramach pakietu był ograniczony i zróżnicowany terytorialnie. Jedynie część podmiotów, udzielających świadczeń onkologicznych, podpisała umowy o realizację pakietu, a spośród nich, jak ustaliliśmy, faktycznie wykonywały umowy. Tu mają państwo przykład świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń onkologicznych w ramach AOS i w leczeniu szpitalnym. W I kwartale 2015 r. w ramach pakietu świadczeń udzielało 439 świadczeniodawców, przy ogólnej ich liczbie 596. Już na tym etapie nastąpiła pewna selekcja, a jak stwierdziliśmy, faktycznie świadczeń udzielało jedynie 299 świadczeniodawców, czyli 68% tych, którzy zawarli umowy, co ograniczało dostęp pacjentów do pakietu.

W trakcie kontroli zwróciliśmy uwagę na pewne aspekty jakościowe leczenia onkologicznego. Te często są pomijane, ale zwróciliśmy uwagę, że w 5 szpitalach (na 19 skontrolowanych) podejmowano leczenie pacjentów onkologicznych bez przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki immunohistochemicznej i molekularnej. W konsekwencji pacjenci byli pozbawieni dostępu do niektórych rodzajów terapii.

Kolejna kwestia to dostęp do badania patomorfologicznego w trakcie wykonywania zabiegu. Stwierdziliśmy, że około połowa podmiotów leczniczych nie miała w swojej strukturze zakładu patomorfologicznego i nie było możliwości przeprowadzenia badania śródoperacyjnego, które, jak wiemy, jest bardzo istotne, bo decyduje o stopniu resekcji. Jedynie około połowy podmiotów zapewniała taką możliwość.

To, co również jest bardzo niepokojące, co pogarsza jakość świadczeń, to fakt, że stwierdziliśmy brak doświadczenia w wykonywaniu pewnych zabiegów, jeśli chodzi o chirurgię onkologiczną. To przekłada się na śmiertelność pooperacyjną pacjentów. Ten brak doświadczenia niekiedy skutkował nawet dwukrotnym zwiększeniem śmiertelności pooperacyjnej pacjentów.

Jeśli chodzi o finansowanie, o którym pan prezes już mówił, to trzeba stwierdzić, że w przypadku wprowadzenia pakietu onkologicznego nie doprowadziło do istotnego zwiększenia nakładów na leczenie onkologiczne. Jeżeli porównamy rok 2015 i 2014, nakłady na leczenie onkologiczne były wyższe o 1,3% wyższe niż w poprzednim roku.

Natomiast jeśli chodzi o te same rozpoznania pakietowe, to o 3,7% więcej, ale należy podkreślić, że na tle innych kosztów poszczególnych świadczeń ten wzrost był niewielki. Koszty świadczeń finansowanych w tych latach przez NFZ, czyli w latach 2014–2015, wzrosły o niemal 7%. Ustaliliśmy również, że świadczeniodawcy rozliczali świadczenia onkologiczne przede wszystkim na podstawie wcześniej obowiązujących zasad, tj. umów określających limity wykonywanych świadczeń. Jedynie 24% umów w 2015 r. oraz 28% umów do 31 sierpnia 2016 r. zostało rozliczone w ramach pakietu onkologicznego.

Przyczyny mogą być różne. Jedną z nich był fakt, że pakiet nie przewidywał szeregu sytuacji klinicznych utrudniających rozliczanie świadczeń w ramach pakietu. Dotyczyło to różnych nowotworów np. płuc albo trzustki. Inną przyczyną nierozliczania świadczeń wykonanych na rzecz pacjentów, kwalifikujących się z uwagi na rozpoznanie do pakietu, była również kwestia wyceny ryczałtów diagnostycznych. Wycena ryczałtów diagnostycznych w ramach pakietu nie zawsze pokrywa koszty ponoszone przez świadczeniodawców i w takiej sytuacji preferowali oni rozliczenie na podstawie dotychczas zawartych umów, a nie w ramach umów zawartych w ramach pakietu onkologicznego.

Dlaczego nie udało się osiągnąć tych wszystkich celów? Naszym zdaniem popełniono błędy na etapie prac legislacyjnych. Nie uwzględniono szeregu uwag zgłoszonych do projektu ustawy wprowadzającej pakiet. W toku 30-dniowych konsultacji do projektu nowelizacji ustawy, do tej części, która dotyczyła pakietu onkologicznego, zgłoszono w sumie 125 uwag. Jak się okazało, negatywnie zaopiniowano wszystkie istotne uwagi merytoryczne. Zaakceptowano jedną jedyną uwagę techniczną zgłoszoną przez wojewodę małopolskiego, która dotyczyła modyfikacji nazwy kart. Ta zmiana miała charakter kosmetyczny i nie miała wpływu na projektowany model diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Informacje uzyskane w trakcie monitorowania realizacji pakietu potwierdziły zgłoszone obawy i wskazały problemy w jego funkcjonowaniu. Podjęto działania naprawcze. Błędy, na które zwracali uwagę eksperci, próbowano doraźnie usunąć na drodze interpretacji przepisów, a taką pełną zmianą naprawczą była nowelizacja ustawy, o której

wspominał pan prezes, nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z 9 marca 2017 r. Weszła w życie w lipcu 2017 r.

W tej nowelizacji przewidziano możliwość wydania KDiLO przez lekarzy specjalistów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, także w sytuacji podejrzenia nowotworu złośliwego, a nie dopiero po jego definitywnym stwierdzeniu. Uproszczono KDiLO i ograniczono zakres umieszczonych w niej danych. Uproszczono także sprawozdawczość w zakresie wprowadzenia list oczekujących. Naszym zdaniem są to zmiany zgodne z naszymi rekomendacjami. Powinny usprawnić realizację pakietu.

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli wskazała też pewne zmiany systemowe, niezwiązane wprost z pakietem, które utrudniają ocenę skuteczności programów realizowanych w onkologii. To są kwestie dotyczące baz danych, wykorzystywane do obsługi Krajowego Rejestru Nowotworów. System informatyczny NFZ nie zapewnił dostępu do spójnych, kompletnych i porównywalnych danych obrazujących realizację zarówno profilaktyki, jak i leczenia onkologicznego. Z tymi problemami spotykaliśmy się również we wcześniejszych kontrolach.

Ponadto, systemy informatyczne NFZ, w tym System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki oraz Centralny Wykaz Ubezpieczonych nie zapewniały możliwości uzupełniania Krajowego Rejestru Nowotworów o dane uzyskane w ramach sprawozdawczości przekazywanej przez świadczeniodawców do NFZ lub pozyskanych przez fundusz od innych podmiotów.

Kolejna kwestia, która zwróciła naszą uwagę, to fakt, że system monitorowania profilaktyki nie zawierał danych o wszystkich badaniach cytologicznych, których dokonywały kobiety objęte programami profilaktycznymi, które mogły być finansowane zarówno w ramach programach profilaktyczno-przesiewowych, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Powyższe problemy skutkują brakiem rzetelnych, kompletnych danych o zachorowalności na nowotwory złośliwe, a szczególnie o skuteczności ich leczenia w naszym kraju.

Podsumowując, system diagnozowania i leczenia nowotworów był rozproszony i nie zapewniał pacjentom kompleksowego leczenia pomimo prób zmiany tego stanu poprzez wprowadzenie pakietu onkologicznego. Tu zwracamy również uwagę, że wraz z wprowadzeniem przepisów dotyczących szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i leczeniu szpitalnym nie zostały zmienione zasady rehabilitacji dla pacjentów z chorobami nowotworowymi. Kwestia rehabilitacji pacjentów onkologicznych to również jest bardzo istotny problem. W sytuacji, jaką mamy, ta forma leczenia odbywa się zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, jest finansowana w ramach ogólnych umów rodzaju „Rehabilitacja lecznicza”.

W tej sytuacji, w ramach środków finansowych przeznaczonych na realizację tych umów, nie ma wyodrębnionej kwoty na świadczenia dla pacjentów onkologicznych, co nie pozwala na szacowanie i ocenę, czy zapewniono odpowiednią wysokość środków na ich rehabilitację, a co za tym idzie, na utrwalenie pozytywnych skutków leczenia, które zostały uzyskane dużym nakładem kosztów.

Naszym zdaniem istnieje potrzeba kompleksowych zmian systemu organizacji opieki zdrowotnej nad pacjentami z chorobami onkologicznymi. Pakiet onkologiczny wprowadził jedynie zmiany organizacyjne, zmierzające głównie do skrócenia oczekiwania na udzielenie świadczeń i nie jest to zmiana kompleksowa.

W celu zwiększenia skuteczności i kompleksowości udzielania świadczeń w ramach samego pakietu niezbędne jest ograniczenie możliwości rozliczania świadczeń udzielanych pacjentom z przyznaną KDiLO poza pakietem. Istotne jest również zwiększenie odsetka pacjentów onkologicznych, korzystających z szybkiej ścieżki, którzy mają KDiLO, w celu zapewnienia im dostępu do szybkiej diagnostyki m.in. poprzez zwiększenie liczby podmiotów udzielających świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej.

Zasadnym jest również – to jest istotny postulat – wspieranie wyspecjalizowanych ośrodków diagnostyki leczenia onkologicznego, wszechstronnie zorientowanych lub narządowych, dysponujących odpowiednim doświadczeniem, kadrą medyczna oraz

możliwością prowadzenia kompleksowej diagnostyki i leczenia onkologicznego. Naszym zdaniem stanowiłoby to istotną jakościową zmianę w systemie opieki nad pacjentami z problemami onkologicznymi. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dziękuję. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Proszę.

Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Dziękuję pięknie, panie przewodniczący. Wojciech Wiśniewski, Fundacja Onkologiczna ALIVIA.

Przede wszystkim chciałbym podziękować Wysokiej Komisji, panu posłowie Tadeuszowi Dziubie za to, że zgłosił ten temat. Dziękuję prezydium Komisji za to, że możemy dyskutować na ten temat, dlatego że sejmowa Komisja Zdrowia przez pół kadencji nie uznała za zasadne zajęcie się tematami onkologicznymi. Cieszymy się, że w tej Komisji mamy to poparcie.

Jednocześni chciałbym podziękować Najwyższej Izbie Kontroli za pracę nad tym raportem oraz nad innymi dokumentami, dlatego że są to jedne z niewielu rzetelnych źródeł twardych danych na temat systemu opieki onkologicznej w Polsce.

Ostatnio miałem możliwość uczestniczenia w konferencji, którą zorganizowała NIK. Cieszymy się, że dostrzegają państwo te problemy. Zdaję sobie sprawę z tego, że państwo posłowie na co dzień nie zajmują się onkologią. Chciałbym zwrócić uwagę na jedną daną. Wskaźnikiem skuteczności opieki onkologicznej jest wskaźnik 5-letnich przeżyć. Pokazuje, ilu pacjentów spośród 100 przeżyje 5 lat po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej. W Polsce należy on do najniższych w Europie.

Ten wskaźnik wszędzie rośnie dynamicznie i to nie tylko tam, gdzie są duże pieniądze, jak w Europie Zachodniej, ale również w naszej części świata. Największy sukces odnieśli Czesi i Słoweńcy. Nie widzimy powodu, dla którego w Polsce tak ma to wyglądać.

Przechodząc do meritum i tematu dzisiejszego spotkania, chciałbym odnieść się do tytułu raportu Najwyższej Izby Kontroli. Przed wejściem na tę salę skonsultowałem tę informację z panem profesorem Adamem Maciejczykiem – przewodniczącym Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii. Chciałbym powiedzieć, że błąd został popełniony już na etapie przygotowania oceny skutków regulacji, dlatego że, jak wiele podobnych inicjatyw legislacyjnych w Polsce, przewidywało się, że ta regulacja nie będzie miała wpływu na zadłużenie ośrodków w tym sensie, że skutki finansowe tej regulacji miały być zerowe.

Jedynie w 2016 r. tylko duże ośrodki onkologiczne – najgorzej jest w województwie dolnośląskim i mazowieckim – zanotowały stratę w wysokości ok. 500 mln zł z tego tytułu. Nie jestem rzecznikiem ośrodków onkologicznych, jednak są to ośrodki publiczne i ich długi to nasze długi. Jednocześnie taki bagaż długów może wpływać na podejmowanie decyzji dotyczących kosztów opieki nad poszczególnymi pacjentami. To jest dyskusja utajniona. Nie zazdroszczę kierownictwu takich ośrodków, że muszą borykać się z takim otoczeniem finansowym.

Jeżeli chodzi o wdrożenie tej regulacji. Niektórzy posłowie z racji tego, że są członkami Komisji Zdrowia, mogą pamiętać w jakich okolicznościach wprowadzono pakiet onkologiczny w Polsce. W Sejmie było to nadzwyczajne posiedzenie komisji. Przyszedł jeden z ówczesnych wicemarszałków i powiedzmy, że nie było dyskusji, tylko było uchwalenie ustawy. Natomiast jeden z przedstawicieli resortu zdrowia przekonywał w Senacie senackiego legislatora, że zasady gramatyki języka polskiego nie stosują się do projektu ustawy. Ta ustawa była wprowadzona w ekspresowy sposób. Jakkolwiek bym nie popierał zasadności wprowadzenia tej regulacji, jednak jej sposób nie pozwalał na swobodną refleksję, nawet w izbie refleksji, którą jest Senat.

Jeżeli chodzi o sam system opieki, to mógłbym podpisać się absolutnie pod wszystkim, co powiedział pan dyrektor Wasilewski. W trybie dostępu do informacji publicznej wystąpiliśmy do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o informację, ilu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wystawiło Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego w 2016 r. Ponieważ była taka umowa, że pacjenci będą trafiać do szybkiej ścieżki onkologicznej przez podstawową opiekę zdrowotną, dwie trzecie ośrodków, które miały

podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, wystawiło po 15 takich kart, niekiedy mniej. To nie działa, to trzeba sobie uczciwie powiedzieć.

Dlaczego to nie działa? Byłem świadkiem sytuacji, która miała miejsce nie w małym mieście, ale na warszawskim Ursynowie, kiedy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie był w stanie z powodu niewielkich kompetencji informatycznych wystawić tę kartę. To jest warszawski Ursynów. Co dzieje się w Kościanie, Kościerzynie, w Dzierżoniowie czy w Iwoniczu? Nie jestem w stanie tego powiedzieć, ale podejrzewam, że nie jest lepiej.

Jednocześnie chciałbym zwrócić uwagę na to, co powiedział pan dyrektor Wasilewski, jeżeli chodzi o takie wsteczne wystawianie kart. Nie wiem, czy państwo wiedzą, ale to całkowicie i na wiele lat będzie fałszować nam statystyki rejestru populacyjnego, dlatego że moment rozpoznania choroby nowotworowej będzie zafałszowany. Nie dość, że Krajowy Rejestr Nowotworów jest jedynym źródłem informacji o tym, jak radzimy sobie z onkologią, to przez te regulacje… To jest tak, jak mielibyśmy jedyną studnię, z której możemy brać wodę i ona by nam wyschła.

Doceniamy to, że resort przygotował nowelizację tej ustawy. Uczestniczyliśmy w pracach legislacyjnych w Sejmie i w Senacie i wiele pomysłów jest bardzo dobrych. Trzeba to uczciwie powiedzieć. Liczymy na to, że za jakiś czas będziemy mogli usiąść i zobaczyć, czy ta nowelizacja spełniła swoje zadania.

Chciałbym zaapelować do Wysokiej Komisji o jedną rzecz. Dla pana dyrektora była to drobna uwaga w czasie prezentacji, natomiast dla nas jest to faktor fundamentalny. Stawiam tezę, że w dziedzinie opieki onkologicznej nie jest możliwa żadna realizacja publicznej polityki wobec skromności danych, którymi dysponujemy.

Chciałbym państwu przypomnieć, że informatyzacja dotknęła wszystkich sfer naszego życia. Podejrzewam, że dziś wszyscy korzystaliśmy ze smartfonów. Ta rewolucja w magiczny sposób omija polską ochronę zdrowia. W plecaku mam swoją teczkę pacjenta, którą muszę nosić od lekarza do lekarza, dlatego że leczę się w dwóch ośrodkach naraz.

Chciałbym zaapelować do ministerstwa. Robiłem to wiele razy i podejrzewam, że państwo wiedzą, o co mi chodzi. Jednocześnie chciałbym zaapelować do Wysokiej Komisji. Jeżeli chcemy w ogóle realizować jakąkolwiek politykę publiczną w ochronie zdrowia – choć interesuje mnie tylko opieka onkologiczna – musimy mieć system populacyjnych rejestrów klinicznych. W innym przypadku żaden minister nie będzie w stanie udowodnić, że radzi sobie lepiej od swoich poprzedników, a jego adwersarze nie będą mogli mu udowodnić, że radzi sobie gorzej. Jedyne dane, którymi obecnie dysponujemy, to są dane Krajowego Rejestru Nowotworów, które są retrospektywne. Wiem, że jest to atrakcyjna perspektywa, że może dopiero po 3 latach dowiadywać się, co się dzieje, jednak jest to perspektywa atrakcyjna dla wszystkich, tylko nie dla pacjentów.

Może jest to sprawa bieżąca, do której chciałbym się odnieść. Dotyczy tego, co jest zauważalne w wynikach kontroli. Chodzi o kolejki. Jak państwo zapewne wiedzą, polski system ochrony zdrowia, jeżeli chodzi o wartości, ma zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W związku z tym, że wydłużają się kolejki do diagnostyki obrazowej, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przekazał ok. 720 mln zł na realizację wielu zadań z zakresu endoprotezoplastyki, ale część tej kwoty dotyczy diagnostyki obrazowej.

Ponadto, pan premier Morawiecki zapowiadał, że szykują się zakupy sprzętu m. in. tomografów i rezonansów. Chciałbym powiedzieć, że mamy portal Kolejkoskop.pl i monitorujemy kolejki do diagnostyki obrazowej. Robimy to lepiej niż Narodowy Fundusz Zdrowia. Teraz powiem dlaczego. Dlatego, że dzwonimy do ośrodków i podajemy się za pacjentów.

Chciałbym tylko powiedzieć, że zasada równego dostępu w Polsce jest absolutnie nierealizowana. Przed sobą mam dane z 3 października tego roku. Tomografia komputerowa głowy, czas oczekiwania w trybie zwykłym: województwo podkarpackie – 49 dni (jest to najlepszy wynik w kraju), województwo pomorskie – 150 dni. Jeśli chodzi o tryb cito, to najlepsze jest województwo łódzkie – 20 dni, województwo pomorskie – 85 dni, warmińsko-mazurskie – 74.

Co to oznacza dla chorych? Czynnikiem prognostycznym jest kod pocztowy. W zależności od tego, gdzie mieszkają pacjenci – państwa wyborcy i nasi przyjaciele, nasza rodzina – zależy, jaka jest dostępność tych świadczeń. Jeszcze jedna hipoteza. Jestem gotów wspólnie z Polskim Lekarskim Towarzystwem Radiologicznym udowodnić, że kolejki do diagnostyki obrazowej nie są kwestią sprzętu – z jednej strony lekarze i jednocześnie kontrakty. Zachęcam wszystkich do odwiedzenia Centrum Onkologii w Warszawie po godzinie 15:00. Ten środek zamiera. Dotyczy to również diagnostyki obrazowej.

Zwracam się do pana dyrektora Adamskiego, bo myślę, że z punktu widzenia działalności Departamentu Analiz i Strategii byłoby to dość ciekawe. Resort zdrowia nie dysponuje informacją, ile w Polsce jest rezonansów, tomografów, ile mammografów. Wydaje mi się, że ograniczenie kolejek jest naszym wspólnym celem…

Przepraszam, ale tutaj wywiązała się dyskusja. Tak, na podstawie rozporządzenia przygotowanego przez Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Państwowa Inspekcja Sanitarna zbiera te dane, jednak nie ma żadnych informacji, czy jest kontrakt, jak wysoki, ile badań wykonały te urządzenia. Jeżeli chcemy realizować równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli nie chcemy, żeby kod pocztowy nie wpływał na to, czy pacjenci będą żyć, czy nie, dobrze byłoby policzyć zasoby.

Raz jeszcze dziękuję Wysokiej Komisji za organizację tego posiedzenia. Chciałbym zapowiedzieć, że będziemy państwa niepokoić, ponieważ raporty Najwyższej Izby Kontroli są źródłem bardzo cennej wiedzy, która nie zawsze jest przedmiotem publicznej debaty. Będziemy robić wszystko, aby jednak były, ponieważ rekomendacje, które państwo przygotowują, są niezwykle cenne i w przyszłym półroczu, również w późniejszym okresie, będziemy zwracać się do Wysokiej Komisji, żeby wiele tych dokumentów opracowanych w ostatnich latach było omówione. Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dziękuję za wszystkie uwagi. Uważam, że Komisja przyjęła do wiadomości raport Najwyższej Izby Kontroli. Bardzo państwu dziękuję.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Czy mogłabym się do tego odnieść?

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Słucham?

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Głowala:

Czy jako wiceminister zdrowia mogę się do tego odnieść?

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dwa razy pytałem, czy ktoś chce się odnieść.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Głowala:

Chcę się odnieść.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Niech się pani odniesie.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Głowala:

Szanowny panie przewodniczący, szanowny panie prezesie, nie jest do końca tak, że ministerstwo nie posiada takich danych. Poprosiłam krajowego konsultanta w dziedzinie diagnostyki obrazowej o zrobienie szczegółowego raportu odnośnie posiadanego sprzętu, liczby tomografów i rezonansów. Z raportu wynika, że ośrodki są wyposażone w sprzęt, natomiast mamy problemy z liczbą lekarzy radioterapeutów. Minister zdrowia podjął już pierwsze kroki, gdyż od jesiennego naboru w tym roku zwiększył dofinansowanie w postaci dodatku motywacyjnego dla tych dziedzin priorytetowych, które z punktu widzenia państwa są potrzebne.

Jedną z tych dziedzin jest radioterapia i lekarze od jesieni rozpoczynający rezydenturę w tej dziedzinie dostaną dodatek motywacyjny w wysokości 1200 zł. Minister widzi te potrzeby, bo to nie jest kwestia sprzętu. Mamy dane na temat liczby rezonansów, tomografów i rezonansów w odniesieniu do liczby mieszkańców. To jest wskaźnik euro-

pejski, który obowiązuje w całej Europie. W naszym kraju pewne regiony są już przesycone ilością tego sprzętu. Mamy więcej sprzętu niż potrzeba.

Są regiony, w których tego sprzętu brakuje. Staramy się to dostrzegać poprzez konkursy walki z nowotworami organizowane przez NFZ i kierować sprzęt tam, gdzie go nie ma. W pewnych regionach Polski jest nadmiar tego sprzętu. Staramy się to widzieć i zakupy sprzętu kierować tam, gdzie jest to potrzebne. Natomiast mamy zbyt mało lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii. Tu też podjęliśmy już pewne kroki.

Jeżeli chodzi o rejestry, to w Ministerstwie Zdrowia kończą się prace dotyczące ustawy o jakości w ochronie zdrowia, która m.in. zakłada prowadzenie 68 rejestrów, w tym rejestrów związanych z onkologią.

Ponadto, chciałabym powiedzieć, że jeżeli chodzi o rehabilitację – odniosę się do wystąpienia Najwyższej Izby Kontroli – to weszła ustawa o sieci, która w ramach sieci skoordynowała szpitale i ośrodki onkologiczne. W ramach leczenia każdy szpital będzie musiał pacjentowi, który wychodzi ze szpitala, zapewnić rehabilitację. Pacjent nie będzie musiał szukać ośrodka, w którym będzie prowadzona rehabilitacja, tylko szpital ma zapewnić pacjentowi rehabilitację. Wraz z wejściem ustawy o sieci postulat Najwyższej Izby Kontroli zostanie zrealizowany.

Jak wspomniałam, pracujemy nad regulacjami dotyczącymi powstania ośrodków koordynujących. Poprzez ośrodki koordynujące chcemy zapewnić pacjentom szybkie leczenie, zgodne ze wszystkimi procedurami, żeby pacjent nie był odsyłany od ośrodka do ośrodka. Chcemy też poprawić dostępność diagnostyki.

Chcemy wprowadzić koordynację. Główne ośrodki onkologiczne, gdzie trafia pacjent, tam zostaje szybko zdiagnozowany i leczony. Wszelkie zmiany, które zostały wprowadzone w pakiecie od 1 lipca wraz z ustawą o sieci, mają się do tego przyczynić. To tyle.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos?

Proszę, pani przewodnicząca.

Poseł Elżbieta Stępień (N):

Dziękuję, panie przewodniczący. Dziękuję panu za statystyki, które pan przedstawił. Chciałabym zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia w kontekście informacji, którą przedstawił pan ze stowarzyszenia. Co zamierzają państwo zrobić z tymi terminami, z nierównym traktowaniem pacjentów z różnych części kraju? Co można zrobić, żeby nie było takich różnic między regionami?

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Głowala:

To jest kwestia wprowadzenia tych ośrodków koordynujących. 1 września zostały zwiększone nakłady na diagnostykę obrazową i to ma zmniejszyć kolejki. Patrzymy na to całościowo. To nie jest tylko problem dorzucenia pieniędzy, ale są to rozwiązania, o których była tu mowa, żeby zlikwidować różnice między regionami. Trwają prace. To jest działanie kompleksowe, patrzenie na cały system.

Poseł Elżbieta Stępień (N):

Czyli dziś nie jest pani w stanie jednoznacznie odpowiedzieć? Dziękuję.

Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Chciałbym powiedzieć o pewnej dobrej inicjatywie resortu zdrowia.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Ta inicjatywa jest omówiona w informacji NIK-u?

Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Ona dotyczy…

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Proszę powiedzieć.

Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:

Chciałbym powiedzieć, że szansą na ujednolicenie tego dostępu jest praca nad nowym świadczeniem gwarantowanym teleradiologii. Chodzi o to, żeby część tych badań mogła

być realizowana zdalnie. W takiej sytuacji niewielka liczba specjalistów nie będzie barierą. Prace nad świadczeniem jednak się przedłużają.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie ma więcej głosów w dyskusji. Przyjęliśmy informację.

Dziękuję państwu bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej.